STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 34735
5 juli
2016

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 24 juni 2016, kenmerk 978649-151778-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter vaststelling van de voorwaarden voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

Na artikel 6.5.5 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 6.5.6

1. Onverminderd artikel 18d, tweede lid, onderdelen a, b en c, van de Zorgverzekeringswet is de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van die wet niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de verzekeringnemer aan de volgende voorwaarden voldoet:
   a. de verzekeringnemer ontvangt algemene bijstand als bedoeld in artikel 5 van de Participatiewet;
   b. de verzekeringnemer heeft gedurende een periode van ten minste twaalf aaneengesloten maanden algemene bijstand ontvangen of de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering bedragen in totaal minder dan € 600;
   c. de verzekeringnemer is verzekerd op basis van een modelovereenkomst als bedoeld in artikel 18 van de Zorgverzekeringswet die is aangewezen in een in dat artikel bedoelde overeenkomst die het college van burgemeester en wethouders heeft gesloten ten behoeve van of mede ten behoeve van ontvangers van algemene bijstand, tenzij de verzekeringnemer een zorgverzekering heeft bij een zorgverzekeraar die geen deel uitmaakt van een groep in de zin van artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek met de zorgverzekeraar waarmee de overeenkomst is gesloten;
   d. de verzekeringnemer heeft het verplicht eigen risico van de zorgverzekering verzekerd of zorgt voor gespreide dan wel tijdige betaling van het verplicht eigen risico;
   e. de verzekeringnemer heeft een zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico;
   f. de zorgverzekeraar heeft het bedrag van de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering dat eventueel resteert na afloop van de in onderdeel g bedoelde termijn, kwijtgescholden onder voorwaarde van de betalingen, bedoeld in onderdeel g, de toezegging, bedoeld in onderdeel h, en de betalingen, bedoeld in het tweede lid;
   g. onder gebruikmaking van de bevoegdheid die het college van burgemeester en wethouders heeft op grond van artikel 57 van de Participatiewet wordt in overeenstemming met de zorgverzekeraar of zorgverzekeraars gedurende maximaal 36 maanden de premie van de zorgverzekering en de aflossing van de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering of zorgverzekeringen ingehouden op de algemene bijstand van de verzekeringnemer en aan de zorgverzekeraar of zorgverzekeraars betaald;
   h. de verzekeringnemer zegt toe vanaf het moment dat geen algemene bijstand wordt verleend zorg te dragen voor voortzetting van de betalingen, bedoeld in onderdeel g;
   i. de verzekeringnemer stemt er mee in aan de voorwaarden, bedoeld onder c, d, e en h te blijven voldoen gedurende de periode, bedoeld onder g, onder voorbehoud van de toepassing van artikel 18d, tweede lid, onderdelen b en c, van de Zorgverzekeringswet.

2. De bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van die wet is wederom verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin niet meer wordt voldaan aan de voorwaarde, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, d, e of g, of waarin de verzekeringnemer waaraan geen algemene bijstand meer wordt verleend niet meer zorg draagt voor voortzetting van de betalingen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel g.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 juli 2016.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

TOELICHTING

Algemeen

In artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is geregeld dat geen bestuursrechtelijke premie meer verschuldigd is indien de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.
Deze regeling voorziet in de voorwaarden waaraan de verzekeringnemer dient te voldoen opdat hij op grond van deze titel in aanmerking kan komen voor uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime. Om uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime te bewerkstelligen is daarnaast medewerking van diverse partijen en zorgvuldige uitwerking van de voorwaarden en uitvoeringsaspecten vereist. Om deze reden is er voor gekozen de uitstroom in eerste instantie te concentreren op de groep bijstandsgerechtigden, dat wil zeggen mensen met een uitkering ingevolge Hoofdstuk 3 van de Participatiewet[1].
Met name voor deze groep kan de uitstroom uit het bestuursrechtelijk premieregime financiële verlichting geven en mensen meer financiële armslag bieden. De ervaringen die worden opgedaan met de uitstroom van deze groep kunnen zonodig een leidraad bieden voor aanwijzing van andere groepen.

Het realiseren van de uitstroom van bijstandsgerechtigden uit het bestuursrechtelijk premieregime vereist zorgvuldige overweging, afstemming en
medewerking van onder andere zorgverzekeraars en gemeenten. Het is immers de bedoeling een structurele situatie te creëren die voorkomt dat bijstandsgerechtigden na uitstroom weer snel opnieuw instromen. In artikel 18d, vierde lid, onderdeel d, van de Zvw is immers geregeld dat opnieuw een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is wanneer de verzekeringsnemer niet meer aan de voorwaarden voldoet.
Aan de uitwerking van deze uitstroom hangt een aantal lastige vraagstukken, die noodzakelijkerwijs niet alleen betrekking hebben op voorwaarden waaraan de verzekeringnemer geheel zelfstandig en zonder medewerking van onder andere zorgverzekeraars en gemeenten kan voldoen.
Om structurele uitstroom te kunnen realiseren is in de eerste plaats medewerking van de betrokken wanbetaler nodig. Deze moet bereid zijn stappen te zetten om van zijn schulden af te komen. Daarnaast is ook medewerking van de gemeente (formeel: het college van burgemeester en wethouders) en de zorgverzekeraar nodig. Gemeenten moeten bijvoorbeeld bereid zijn om de premie in te houden op de uitkering en door te betalen aan de zorgverzekeraar en om in aanmerking komende burgers te laten deelnemen aan de gemeentelijke collectieve zorgverzekering (gemeentelijke collectiviteit). Of gemeenten bereid zijn dit te doen, betreft keuzes die vallen onder de beleidsvrijheid van gemeenten. In ieder geval bieden vrijwel alle gemeenten een gemeentelijke collectiviteit aan, die overigens per gemeente sterk kunnen verschillen.

Daarnaast dienen zorgverzekeraars onder meer bereid te zijn tot het treffen van een betalingsregeling en vermindering van de openstaande schuld om deelname aan de regeling mogelijk te maken.
Een andere invulling van deze regeling, door uitsluitend voorwaarden te stellen aan de verzekeringnemer zonder daarbij afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars te betrekken, zal naar verwachting niet leiden tot een structurele uitstroom waarbij een wanbetaler gedurende langere tijd geen bestuursrechtelijke premie is verschuldigd.

Met betrekking tot de in deze regeling geboden voorwaarden tot uitstroom heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) in zijn uitvoeringstoets van 6 mei 2014[2] een aantal uitgangspunten geformuleerd:
- heldere en acceptabele selectiecriteria, alsmede een vangnet dat er voor zorgt dat de zorgverzekeraar de nominale zorgpremie en eventuele premie van de aanvullende verzekering succesvol kan incasseren nadat de betrokkene is uitgestroomd bij het Zorginstituut;
- de bijstandsgerechtigde neemt bij voorkeur deel aan de van toepassing zijnde gemeentelijke collectiviteit, waarbij de gemeente de premie rechtstreeks inhoudt op de bijstandsuitkering en afdraagt aan de zorgverzekeraar;
- voorgesteld is een beperkt deel van de uitkering aan te wenden voor aflossing op de nog aanwezige schuld bij de zorgverzekeraar;
- geadviseerd is om uit te gaan van een verplichtend karakter boven vrijwillige deelname;
- uitstroom van bijstandsgerechtigden vergt een zorgvuldige fasering in samenspraak met gemeenten, zorgverzekeraars, het Zorginstituut en de betrokken bijstandsgerechtigden.

[1] Eind 2014 waren er circa 68.000 bijstandsgerechtigden in het bestuursrechtelijk premieregime. Dit is ruim 16% van het totaal aantal bijstandgerechtigden en ruim 22% van het totaal aantal wanbetalers.
[2] (Bijlage bij) Kamerstukken II, Vergaderjaar 2013/14, 33 683, nr. 27

Omdat de medewerking van zorgverzekeraars en gemeenten noodzakelijk is om te kunnen komen tot een structurele uitstroom van deze groep, heeft in de periode maart tot en met december 2015 overleg plaatsgevonden met vertegenwoordigers van de vier grootste zorgverzekeraars en vijf gemeenten. Alle partijen hebben onderschreven dat het maatschappelijk gewenst is dat bepaalde groepen personen niet in het bestuursrechtelijk premieregime verblijven en dat partijen de samenwerking aangaan die noodzakelijk is om die structurele uitstroom te bewerkstelligen. Aldus is aan de hand van de bijdrage van deze gemeenten en zorgverzekeraars geformuleerd welke voorwaarden en (uitvoe-rings)aspecten van belang zijn bij het tot stand komen van uitstroom op een zodanige wijze, dat zoveel mogelijk een structurele situatie wordt gecreëerd die voorkomt dat een bijstandsgerechtigde na uitstroom weer spoedig opnieuw instroomt. De aldus tot stand gekomen voorwaarden en uitvoerings-aspecten zijn door alle partijen onderschreven.
Omdat met deze regeling aan zorgverzekeraars en gemeenten geen voorwaarden kunnen worden gesteld, zijn in een ‘Modelovereenkomst houdende afspraken ter bevordering van uitstroom van bijstandsgerechtigden uit het bestuursrechtelijk premieregime van de Zorgverzekeringswet’ de werkafspraken opgenomen die nodig zijn om te komen tot structurele uitstroom. Gelet op de hoeveelheid betrokken actoren is het immers wenselijk, met inachtneming van hun beleidsvrijheid, een zekere mate van uniformering in de uitvoering en de daarbij te hanteren informatievoorziening aan te brengen.

Er is tegemoetgekomen aan de wens van zowel gemeenten als zorgverzekeraars om op onderdelen een eigen invulling van de voorwaarden mogelijk te maken, zodat in voorkomende gevallen een voorwaarde niet per definitie in de weg staat aan het beleid van de desbetreffende gemeente dan wel de zorgverzekeraar. Voorbeelden daarvan zijn opgenomen in de onderdelen b (maximumbedrag), c (deelname aan gemeentelijke collectiviteit) en g (maximumtermijn).

Deze regeling en de modelovereenkomst tezamen bieden aldus voor gemeenten en zorgverzekeraars een blauwdruk om te komen tot uitstroom.

Zoals hiervoor is gesteld dient de verzekeringnemer in te stemmen met de voorwaarden van deze regeling, om zo in aanmerking te komen voor uitstroom op grond van artikel 18d, tweede lid, onder d, van de Zvw. Daarnaast zullen de zorgverzekeraars en gemeenten afspraken moeten maken over de verdere invulling van de uitvoeringsaspecten om uitstroom tot stand te brengen. Medewerking kan niet afgedwongen worden.
Een en ander betekent dat indien een verzekeringnemer, een zorgverzekeraar of een gemeente niet wil of kan voldoen aan de voorwaarden van deze regeling respectievelijk de uitvoeringsaspecten zoals neergelegd in de afspraken die in de modelovereenkomst zijn opgenomen, uitstroom van de bijstandsgerechtigde niet kan plaatsvinden onder de titel van artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zvw.
Uiteraard blijven de overige mogelijkheden die de wet biedt om uit het bestuursrechtelijk premiere-gime te geraken, zoals aflossing van de openstaande schuld, een traject van minnelijke- of wettelijke schuldsanering of een nader overeengekomen betalingsregeling, onverkort in stand. In de regeling is dit expliciet neergelegd in de aanhef van het artikel.

Overeenkomstig artikel 124, tweede lid, van de Zvw is het ontwerp van de onderhavige wijzigingsre-geling bij brief van 8 maart 2016 aan beide kamers der Staten-Generaal voorgelegd. De inbreng voor het verslag is op 1 april 2016 ontvangen. De beantwoording is verzonden op 31 mei 2016. Het verslag is op 1 juni 2016 vastgesteld’.[3]

Ter adstructie wordt in deze toelichting hieronder het proces van de uitstroom beschreven. In de modelovereenkomst zijn de werkafspraken opgenomen die naar hun strekking met het hieronder beschreven proces overeenkomen.

Het proces van de uitstroom

Het uitvoeringsproces voor de uitstroom van een bijstandsgerechtigde, waarvan de contouren tot stand zijn gekomen in gezamenlijk overleg tussen vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, gemeenten, het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland, loopt in grote lijnen als volgt.

- De gemeente neemt het initiatief om met zorgverzekeraar(s) afspraken te maken teneinde bijstandsgerechtigden in die gemeente uit te laten stromen uit het bestuursrechtelijk premiere-gime. Het initiatief om uitstroom te organiseren ligt bij de gemeente die -gelet op de groep personen die het betreft- ook het merendeel van de werkzaamheden zal moeten verrichten. Daarbij kan het voorkomen dat de gemeente op enig moment in het proces ten aanzien van bepaalde bijstandsgerechtigden aanvullende stappen wil zetten, bijvoorbeeld met betrekking tot schuldhulp-

[3] Kamerstukken II, 2015/16, 29 689, nr. 688 en nr. 712

verlening of budgethulp. Het is ook om deze reden dat de gemeente bij het uitstroomproces de regie heeft.

- De zorgverzekeraar en de gemeente wisselen naar aanleiding van dit initiatief gegevens uit die noodzakelijk zijn om te bepalen welke bijstandsgerechtigden in aanmerking kunnen komen voor uitstroom. Voor zover er in het kader van het uitstroomproces persoonsgegevens worden verwerkt, worden daarbij de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) in acht genomen. Welke persoonsgegevens voor het doorlopen van het uitstroomproces noodzakelijk zijn, is neergelegd in artikel 7b.1 van de Regeling zorgverzekering. Behalve om noodzaak en proportionaliteit gaat het verder onder meer om een veilige en zorgvuldige verwerking van de gegevens die in het kader van de uitstroomregeling plaatsvindt. Dit maakt deel uit van de afspraken in de modelovereenkomst.
- De gemeente bepaalt bij welke bijstandsgerechtigden de financiële situatie voldoende stabiel wordt geacht voor succesvolle uitstroom. Daarbij kan aandacht worden geschonken aan aanvullende gegevens die voor de gemeente als selectiecriterium dienen voor een eventuele uitstroom, zoals eventuele opschorting van de uitkering en of er al dan niet derdenbeslag is gelegd.

De gemeente bepaalt aan de hand van deze criteria wie kansrijk wordt geacht om mee te doen aan de uitstroomregeling.
Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen bijstandsuitkeringen waarbij wel of geen derdenbeslag ligt en, mede afhankelijk daarvan, of wel of geen maatwerk wenselijk wordt geacht.
Indien er geen derdenbeslag ligt en geen maatwerk aangewezen lijkt wordt, naast de inhouding van de kosten van de collectieve verzekering, gedurende een periode van maximaal 36 maanden een standaardbedrag ter aflossing van de openstaande schuld ingehouden. Een dergelijke werkwijze vergt minder capaciteit van gemeenten zodat een groter aantal mensen geselecteerd kan worden voor uitstroom.
De hoogte van het hierbovenvermelde standaardbedrag is niet gefixeerd en bedraagt in beginsel € 35 per maand. In die situatie heeft de verzekeringnemer immers de vrijheid om uit een vrij besteedbaar bedrag aflossingen te doen. Zorgverzekeraars hebben toegezegd dat indien een dergelijk bedrag niet passend wordt gevonden, een afwijkend aflossingsbedrag overeen kan worden gekomen.
Voor wat betreft de haalbaarheid van dit bedrag wordt aangesloten bij de praktijk van de pilot in de gemeente Amsterdam, waarbij dit voor een groot aantal bijstandsgerechtigden een reële en haalbare regeling is gebleken. Voorts moet hierbij in aanmerking worden genomen dat de hieruit voortvloeiende afboeking voor de zorgverzekeraars aanzienlijk zal zijn. In een zeer beperkt aantal van de gevallen leidt de regeling tot een volledige aflossing. In alle andere gevallen zal de regeling leiden tot afboekingen oplopend tussen de € 2.750 en € 4.000 per verzekerde in de bronheffing.
Een en ander impliceert dat een bijstandsgerechtigde, in de situatie dat er geen berekening van de afloscapaciteit wordt gemaakt, gedurende maximaal 36 maanden € 35 per maand (€ 1.260) aan openstaande schuld bij de zorgverzekeraar aflost.

Opgemerkt wordt dat door de regering verschillende trajecten zijn ingezet om het bestaansminimum beter te beschermen (zoals de vereenvoudiging van de beslagvrije voet en de rijksincassovisie). De beslagvrije voet is daarbij het bedrag dat nodig is om in de basale kosten van bestaan te voorzien.
De wettelijke kaders van artikel 475d van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering geven aan hoe de beslagvrije voet moet worden toegepast in geval van derdenbeslag, maar de wet verbiedt partijen niet om bij een vrijwillige betalingsregeling een lager besteedbaar bedrag af te spreken dan dit bedrag. In geval van een vrijwillige betalingsregeling is het van belang dat de gemeente overweegt of de schuldenaar de betalingsregeling kan nakomen en of een betalingsregeling de algehele situatie van de schuldenaar verbetert. Ook de schuldenaar moet zich van zijn financiële positie bewust zijn. Omdat de uitstroomregeling aanzienlijke voordelen voor de bijstandsgerechtigde oplevert en perspectief op een structurele verbetering van de situatie van betrokkene ontstaat, prevaleert in situaties waar geen sprake is van derdenbeslag het meedoen aan de uitstroomregeling.

Indien feitelijk derdenbeslag is gelegd is maatwerk aangewezen en berekent de gemeente de aflossingscapaciteit van de betrokken bijstandsgerechtigde. Bij de berekening wordt toepassing gegeven aan artikel 475d van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Het aldus vastgestelde bedrag wordt als aflossing van de schulden voortvloeiende uit de zorgverzekering gehanteerd. Zorgverzekeraars hebben toegezegd in te stemmen met een lager bedrag als dat lagere bedrag uit de berekening volgt.

De Koninklijke Beroepsorganisatie van Gerechtsdeurwaarders (KBvG) heeft aangegeven dat in de bovenomschreven situaties kan voorkomen dat derdenbeslag wordt geëffectueerd of alsnog wordt gelegd. Immers, doordat opschorting plaatsvindt en de verzekerde in het normale premieregime terecht komt, is er geen sprake meer van een bestuursrechtelijke premie en daarmee ook niet langer van een preferente vordering. Op het vrijkomende bedrag kan dus in beginsel door elke schuldeiser beslag worden gelegd.
De KBvG heeft desgevraagd toegezegd haar leden te verzoeken om hun opdrachtgevers te adviseren

ten behoeve van het succesvol volbrengen van de uitstroomregeling geen stappen te zetten het vrijgekomen bedrag in te vorderen, zulks naar analogie van de verplichtingen die ingevolge het Digitaal Beslagregister en de Verwijsindex schuldhulpverlening op de gerechtsdeurwaarder rusten. Immers, indien alsnog beslag wordt gelegd is de kans groot dat de bijstandsgerechtigde niet in staat zal zijn te blijven voldoen aan de voorwaarden van de regeling, waardoor de uitstroom teniet wordt gedaan. Betrokkene keert dan terug naar het bestuursrechtelijk premieregime.
Ten slotte is er rekening mee gehouden dat het de gemeente uit beleidsmatige overwegingen wenselijk kan voorkomen maatwerk te leveren hoewel er geen derdenbeslag ligt. Zorgverzekeraars hebben opgemerkt dat een gemeentelijk voorstel – op basis van maatwerk – om voor alle uitstroomgegadigden een afloscapaciteit van nul vast te stellen niet als redelijk wordt ervaren[4].
In besprekingen tussen zorgverzekeraar en gemeente zal naar voren moeten komen welk bedrag in voorkomende gevallen voor de zorgverzekeraar aanvaardbaar is.

- De gemeente communiceert met de personen die in aanmerking komen voor de uitstroomregeling. Betrokkene krijgt daarbij het aanbod dat de gemeente voor de duur van maximaal 36 maanden, in plaats van bestuursrechtelijke premie, een bedrag, bestaande uit de premie voor de gemeentelijke collectieve zorgverzekering voor minima, dit is de basisverzekering Zorgverzekeringswet, de premie voor de aanvullende verzekering of verzekeringen, het overeengekomen bedrag ter aflossing van de openstaande schulden bij de zorgverzekeraar en, indien dit onderdeel uitmaakt van die collectieve verzekering, de verzekeringspremie voor dekking van de betaling van het verplicht eigen risico of de gespreide betaling van het verplicht eigen risico inhoudt op de bijstandsuitkering en afdraagt aan de zorgverzekeraar.
  In voorkomende gevallen zal de gemeente aanvullende activiteiten kunnen of willen verrichten, bijvoorbeeld schuldhulpverlening of budgethulp. Met de bijstandsgerechtigde wordt de schuldenproblematiek besproken en wordt bezien of een voorliggende voorziening (minnelijke of wettelijke schuldsanering) aan de orde zou kunnen of moeten zijn of dat andere activiteiten ingezet moeten worden. Dit is ter beoordeling van de gemeente.
- Indien de betrokkene met dit voorstel kan instemmen en aan de overige voorwaarden van artikel 6.5.6 van de Rzv kan voldoen, neemt de gemeente contact op met de zorgverzekeraar en maakt met de zorgverzekeraar afspraken over de planning en de communicatie met betrekking tot de uitstroom. Het is van belang dit proces zorgvuldig in te vullen, omdat bij de omzetting naar het normale betalingsregime vier partijen betrokken zijn.
- De zorgverzekeraar informeert het Zorginstituut over de datum van afmelding van de bestuursrechtelijke premieheffing en meldt betrokkene af bij het Zorginstituut. In de administratie van de zorgverzekeraar wordt de betalingsregeling ingevoerd. De melding die de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut doet impliceert dat het Zorginstituut bronheffing en incassoactiviteiten tijdelijk stopzet (opschort). De uitstroom wordt daarmee wel geëffectueerd, maar is pas definitief als gedurende de overeengekomen periode aan de voorwaarden van artikel 6.5.6 van de Rzv is voldaan.
- De gemeente stopt met ingang van dezelfde datum de inhouding van de bronheffing en zet dit om in een inhouding van de premie, andere inhoudingen die onderdeel uitmaken van de gemeentelijke collectiviteit en het aflossingsbedrag. De gemeente en zorgverzekeraar maken afspraken over de wijze waarop dit gebeurt en met welke kenmerken de betalingen worden verstuurd. Voorts maken de gemeente en de zorgverzekeraar afspraken over het volgen van het proces (monitoring).
- Het Zorginstituut informeert de betrokkene over de opschorting van de inning van de bestuursrechtelijke premie. Als er broninhouding plaatsvindt dan wordt de broninhouder geïnformeerd over de opschorting. Als er geen broninhouding plaatsheeft dan wordt het lopende innings- en incassotraject via het Centraal Justitieel Incassobureau opgeschort.
- Als na verloop van de afgesproken periode de uitstroom succesvol is volbracht vinden er twee slothandelingen plaats:
  – De zorgverzekeraar verleent finale kwijting op de dan nog openstaande schuld en informeert het Zorginstituut dat de schuldregeling succesvol is beëindigd. De eerdere afmelding (opschorting) wordt daarmee omgezet in een definitieve afmelding wegens een geslaagde schuldregeling.
  – Voor zover de betrokkene bij het Zorginstituut nog openstaande (opgeschorte) vorderingen aan bestuursrechtelijke premie heeft staan, worden deze op grond van de bestaande beleidsregels van het Zorginstituut kwijtgescholden.
- Gemeente en zorgverzekeraar kunnen afspraken maken over inhouding en doorbetaling van de premie na afloop van de periode dat de uitstroomregeling loopt. Dit kan van belang zijn om te bewerkstelligen dat de bijstandsgerechtigde daarna niet opnieuw schulden maakt bij de zorgverzekeraar. Ook hierbij staat het gemeenten vrij al dan niet de inhouding en doorbetaling te continueren, maar een dergelijke werkwijze blijkt in de praktijk vaak noodzakelijk om te voorkomen dat mensen (opnieuw) schulden opbouwen.

[4] In het kader van minnelijke schuldhulp komt in deze situatie geen betalingsregeling tot stand.

Het proces van uitstroom is ingewikkeld en niet altijd is er garantie dat de bijstandsgerechtigde er in slaagt het tot een goed einde te brengen.
Niet alleen van de bijstandsgerechtigde zelf, maar ook van de betrokken partijen is behoorlijke inzet nodig voor het tot stand komen van een succesvolle uitstroom. De voordelen van meedoen aan de uitstroomregeling voor de bijstandsgerechtigde zijn evident. Als de bijstandsgerechtigde niet uitstroomt heeft hij deze voordelen niet, maar moet hij wel de bestuursrechtelijke premie betalen. De voordelen zijn:

- herstel van de aanvullende verzekering als onderdeel van een collectieve verzekering, zodat bepaalde kosten via de aanvullende verzekering vergoed worden die anders door betrokkene zelf gedragen zouden moeten worden of via bijzondere bijstand door gemeenten wordt bekostigd;
- gespreid betalen of verzekeren eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- aflossing van de openstaande schuld bij de zorgverzekeraar;
- kwijtschelding van de restschuld bij de zorgverzekeraar na succesvol volbrengen van de uitstroomregeling;
- kwijtschelding van de openstaande bestuursrechtelijke premie na succesvol volbrengen van de uitstroomregeling.

Artikelsgewijs

Artikel 6.5.6, eerste lid, onderdelen a en b

Gemeenten en zorgverzekeraars zijn het er over eens dat er sprake moet zijn van een stabiele bijstandsuitkering op grond van Hoofdstuk 3 van de Participatiewet. In beginsel is dat een uitkering die qua hoogte voldoende is om de betalingsverplichtingen voortvloeiende uit de zorgverzekering, alsmede een nader te bepalen bedrag voor aflossing, te kunnen inhouden op een uitkering die gedurende een langere periode loopt. Dit laatste is nodig omdat de gemeente op deze uitkering de kosten voor de zorgverzekering inhoudt en betaalbaar stelt aan de zorgverzekeraar. Gemeenten hebben aangegeven dat een dergelijke stabiele uitkering aanwezig lijkt als de uitkering ten minste twaalf maanden heeft gelopen.

Om tegemoet te komen aan de situatie dat indien iemand een relatief lage schuld aan de zorgverzekeraar heeft, maar gedurende een periode korter dan een jaar een uitkering heeft -de kans op uitstroom is door het lage schuldenbedrag groter- is tevens bepaald dat indien de schuld niet meer bedraagt dan het in dit lid gestelde bedrag, een uitkering gedurende een kortere periode niet aan uitstroom in de weg staat. Het bedrag van € 600 komt overeen met ongeveer zes maandpremies.

Artikel 6.5.6, eerste lid, onderdeel c

In onderdeel c is als voorwaarde gesteld dat de bijstandsgerechtigde verzekeringnemer moet deelnemen aan een gemeentelijke collectiviteit en, indien hij een andere verzekering heeft, dient over te stappen naar deze collectiviteit.
De gemeentelijke collectiviteit vindt haar basis in een begunstigingsovereenkomst, gesloten tussen een gemeente en een zorgverzekeraar. Op basis van deze overeenkomst kunnen inwoners van de gemeente die aan de in die overeenkomst gestelde voorwaarden voldoen een zorgverzekering sluiten met bepaalde voordelen (de begunstiging). De gemeente sluit dus geen verzekering, maar een mantelcontract op basis waarvan bepaalde inwoners zich kunnen verzekeren. De in de begunstigingsovereenkomst genoemde voorwaarden betreffen in het algemeen dat het moet gaan om inwoners van de gemeente met een laag inkomen en/of een hoge zorgvraag (chronische ziekte of beperking).

De gemeentelijke collectiviteit wordt door vrijwel alle gemeenten aangeboden. Deze collectiviteit omvat in de regel ook verzekering van verplicht eigen risico of gespreid betalen van verplicht eigen risico en heeft meestal ook aanvullende vergoedingen voor zorg die niet in het basispakket zitten, maar waarvoor de gemeente veelal wel bijzondere bijstand zou verlenen. Vrijwel alle gemeenten verlenen een tegemoetkoming in de aanvullende verzekering.
Een uitzondering is gemaakt voor de verzekeringnemer die een zorgverzekering heeft bij een zorgverzekeraar die tot een ander concern behoort. De uitvoeringstechnische implicaties van een dergelijke overstap worden door alle partijen als zodanig bezwaarlijk gezien dat in dat geval is afgezien van een verplichte overstap. Omdat een gemeentelijke collectiviteit financieel meestal voordeliger is, verdient overstap de voorkeur en zal de verzekeringnemer worden gewezen op de voordelen deel te nemen aan de gemeentelijke collectiviteit.
In voorkomende gevallen zullen de zorgverzekeraar en gemeente aanvullende afspraken dienen te maken over inhouding en doorbetaling.
Dergelijke aanvullende afspraken, alsook het moment van overstap, maken deel uit van de afspraken in de modelovereenkomst.

Artikel 6.5.6, eerste lid, onderdelen d en e

Voorwaarde voor uitstroom is dat de verzekeringnemer het verplicht eigen risico heeft verzekerd of gespreide betaling ervan plaatsvindt. Immers, gebleken is dat de doelgroep vrijwel altijd ook het verplicht eigen risico vol maakt. Een gemeentelijke collectiviteit omvat in de regel een dergelijke verzekering voor het betalen van het verplicht eigen risico of het gespreid betalen van het verplicht eigen risico. Dit is gedaan om te voorkomen dat mensen die weinig inkomen hebben geconfronteerd worden met hoge kosten wanneer zij het verplicht eigen risico vol maken en aan de zorgverzekeraar moeten betalen. Daardoor kunnen betalingsproblemen ontstaan.
Het artikel sluit niet uit dat betrokkene het eigen risico, zo hij zorg heeft gebruikt waarvoor hij eigen risico verschuldigd is, ook zelf kan betalen.

Daarnaast is voorwaarde dat de verzekeringnemer geen gebruik maakt van de mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico. In vrijwel alle polisvoorwaarden van zorgverzekeringen is vastgelegd dat een vrijwillig eigen risico niet mogelijk is bij betalingsachterstand. De in deze regeling gestelde voorwaarde ligt dus in het verlengde van de uitvoeringspraktijk.
Voor zover iemand gedurende het jaar uitstroomt dient gespreide betaling van verplicht eigen risico of verzekering bij de eerstvolgende mogelijkheid plaats te vinden. In die gevallen kan een verplicht eigen risico al zijn ingetreden of kan -de keerzijde- al sprake zijn van reeds ‘vooruitbetaalde’ verplicht eigen risicotermijnen.
De nieuwe situatie zal dan in de regel op 1 januari van enig jaar intreden. Ook hierover dienen aanvullende afspraken te worden gemaakt.

Artikel 6.5.6, eerste lid, onderdeel f

De structurele uitstroom voorziet er in dat met de financiële ruimte die ontstaat doordat niet langer de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, (een deel van) de openstaande schuld bij de zorgverzekeraar wordt afbetaald. Dit zal voor een groot deel van de doelgroep alleen mogelijk zijn als de zorgverzekeraar een deel of het merendeel van de totale openstaande schuld kwijtscheldt.
Naast de betaling van de premie voor de gemeentelijke collectiviteit wordt (een deel van) de schuld in maximaal 36 maanden afbetaald. Het restant van de openstaande schuld wordt na succesvol beëindigen van het traject kwijtgescholden. Zorgverzekeraars hebben hiermee ingestemd.
Indien de verzekeringnemer betaling gedurende de volledige afgesproken termijn tot maximaal 36 maanden nakomt, is hij dus, voor zover het de schulden bij de zorgverzekeraar betreft, schuldenvrij.
Na afloop van de regeling wordt de nog openstaande bestuursrechtelijke premie (waarvan de inning gedurende de looptijd van de regeling is opgeschort) door het Zorginstituut kwijtgescholden. Dat deze kwijtschelding volgt is opgenomen in de bestaande beleidsregels van het Zorginstituut.[5] Hierin is reeds vanaf de start van de wanbetalersregeling bepaald dat openstaande vorderingen niet meer geïnd worden als sprake is van een geslaagde schuldregeling tussen betrokkene en zijn zorgverzekeraar. Deze stimuleringsbepaling is bedoeld om te voorkomen dat betrokkene terugvalt in betalingsachterstanden.

Artikel 6.5.6, eerste lid, onderdeel g

In onderdeel g is als voorwaarde geformuleerd dat betrokkene een bijstandsuitkering heeft waarop de gemeente de schulden voortvloeiende uit de zorgverzekering (dit betreft de premie voor de gemeentelijke collectiviteit, het maandbedrag voor gespreid betalen van het verplicht eigen risico of de premie voor de verzekering van het verplicht eigen risico, alsmede het af te lossen maandbedrag van de openstaande schuld) inhoudt en doorbetaalt aan de zorgverzekeraar.
De grondslag voor deze inhouding is gelegen in artikel 57, onderdeel a, van de Participatiewet. Dit artikel bepaalt dat de gemeente aan de bijstandsgerechtigde de verplichting kan opleggen er aan mee te werken dat het college in naam van betrokkene noodzakelijke betalingen uit de bijstand verricht indien er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat iemand zonder hulp daartoe niet in staat is.
Omdat voorwaarde voor deelname aan deze regeling is dat de verzekeringnemer instemt met de voorwaarden van deze regeling (zie hierna onderdeel i), wordt automatisch (stilzwijgend) voldaan aan het vereiste dat de gemeente deze betalingen namens de verzekeringnemer mag verrichten[6].
Overeenkomstig hetgeen gebruikelijk is in een schuldsaneringstraject is er voor gekozen eenzelfde periode te hanteren gedurende welke de regeling kan lopen, maar van deze periode van maximaal 36 maanden kan worden afgeweken. Dit betekent dat in voorkomende gevallen de periode ook korter kan zijn, bijvoorbeeld 24 maanden. De looptijd van de regeling zal mede afhankelijk zijn van de hoogte van

---

[5] Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012 (Stcrt. 2012, 11878)
[6] Om de betaling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden namens de verzekeringnemer te kunnen doen, is ingevolge artikel 3:61 BW een volmacht vereist. Het gaat hier om een bijzondere volmacht. De bijzondere volmacht geldt voor een speciaal doel of een specifieke handeling. Deze bijzondere volmacht kan stilzwijgend verleend worden.

de uitkering, de hoogte van de schuld, de hoogte van de in te houden premie voor de gemeentelijke collectiviteit en de mate waarin de verzekeringnemer in staat is af te lossen. Naarmate de looptijd langer duurt, is het bedrag van de inhouding per maand lager.

Artikel 6.5.6, eerste lid, onderdeel h

In dit onderdeel is voorzien in de situatie dat de inhouding op de uitkering in voorkomende gevallen niet langer plaatsvindt omdat de verzekeringnemer geen bijstandsuitkering meer heeft, bijvoorbeeld omdat hij inkomen heeft of is verhuisd. Hij dient dan alsnog zelf zorg te zorgen voor betaling. Indien betrokkene hiertoe overgaat kan hij alsnog voldoen aan de in de regeling gestelde voorwaarde gedurende de overeengekomen periode premie en aflossing te betalen, zodat hij na geslaagde afsluiting van de uitstroomregeling in aanmerking komt voor kwijtschelding van de resterende schuld bij de zorgverzekeraar en bij het Zorginstituut.

Artikel 6.5.6, eerste lid, onderdeel i

In onderdeel i is geregeld dat de verzekeringnemer ermee instemt gedurende de overeengekomen looptijd te blijven voldoen aan de voorwaarden van deze regeling.

Zoals uit de beschrijving in de algemene toelichting blijkt, heeft de gemeente de regie over het uitstroomproces. Het is ook de gemeente die bepaalt hoe de bijstandsgerechtigde wordt geïnformeerd en op welke manier aan het instemmingsvereiste wordt voldaan. Dat kan schriftelijk of mondeling en uitdrukkelijk of stilzwijgend plaatsvinden. Een laagdrempelige werkwijze (zoals een opt-out) kan in praktijk goede resultaten geven.

Door de verwijzing naar de toepassing van artikel 18d, tweede lid, onder b en c, van de Zvw is bewerkstelligd dat de verzekeringnemer niet (langer) is gebonden aan de voorwaarden van deze regeling als een van de in de onderdelen b of c vermelde situaties zich voordoet. Dit betekent dat indien de verzekeringnemer lopende de regeling alsnog in aanmerking komt voor een minnelijke of wettelijke schuldhulpregeling of in dat kader een betalingsregeling is getroffen, afmelding uit het bestuursrechtelijk premieregime op die gronden voorrang heeft. Immers, in dat geval zullen schulden van alle schuldeisers worden betrokken in de schuldhulpregeling en zal dit dus voor betrokkene veelal gunstiger zijn.
Ook indien al een betalingsregeling bedoeld in onderdeel c, slotzin, met de zorgverzekeraar is overeengekomen, is deze regeling niet van toepassing.

Artikel 6.5.6, tweede lid

Indien niet meer wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden, dan keert de verzekeringnemer terug naar het bestuursrechtelijk premieregime. In dat geval vervallen ook de aan deze regeling verbonden voordelen, met name de kwijtschelding van restschuld bij de zorgverzekeraar en de openstaande bestuursrechtelijke premie bij het Zorginstituut.

Artikel II

De inwerkingtreding van deze regeling is gesteld op 1 juli 2016. Dat is de datum waarop het nieuwe artikel 18d van de Zvw (Stb. 2015, 502) in werking treedt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers